Aus dem St. Georgiritter-Ordenskrankenhaus zu Nymphenburg.

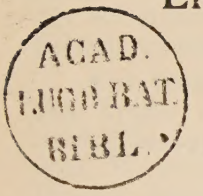
Zwei Fälle von Aktinomycose des Cöcums.

■■■

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde



in der

Gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Ludwigs-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Hellmut Meyer
approbierter Arzt
aus
Ludwigshafen a. Rhein.

■■■

München 1912
RUDOLPH MÜLLER & STEINICKE

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Geheimrat Professor Dr. v. Angerer.

Bollinger beschrieb im Jahre 1877 eine im Vorder- und Hinterkiefer, sowie in der Zunge des Rindes vorkommende geschwulstartige Neubildung als Pilzkrankheit und entdeckte damit die Aktinomycose. Der Botaniker Harz schlug nach dem konzentrisch strahligen Bau den Namen Aktinomyces für diesen Parasit vor. James Israel entdeckte 1878 den Pilz auch beim Menschen und Ponfick sprach die Identität des Strahlenpilzes bei Mensch und Tier mit Bestimmtheit aus.

Seitdem sind zahlreiche Abhandlungen über die Aktinomycose, über ihren Verlauf und über ihre Behandlung erschienen. Was die Infektion anlangt, so wird im allgemeinen angenommen, daß der Aktinomycespilz in den menschlichen Körper mit pflanzlichen Fremdkörpern eindringt, doch wird die Möglichkeit, daß der auf einem gesunden Menschen haftende Pilz ohne Hilfe eines Fremdkörpers in das Gewebe eindringen kann, nicht geleugnet.

Der hauptsächlich in Betracht kommende Fremdkörper, der den Träger für die Aktinomyces-Infektion darstellt, ist die Getreidegranne, für welche Annahme die Tatsache spricht, daß über 77 Prozent aller Erkrankungen an Aktinomycose auf die Monate August bis Januar fallen, d. h. auf die Zeit, in welcher namentlich die landwirtschaftliche Bevölkerung am meisten mit Getreide in Berührung kommt. Die weitaus größere Mehrzahl der Erkrankungsfälle hat eine Läsion des Gewebes zur Voraussetzung und insbesondere dürfte wohl das Zustandekommen einer Bauch-Aktinomycose auf eine solche Kontinuitätstrennung der Gewebe zurückzuführen sein.

James Israel hat die Aktinomycose in ihrer Form, in der sie bei Menschen auftritt, in drei Gruppen eingeteilt, und unterscheidet eine Aktinomycose erstens des Kopfes mit dem Halse (die ihren Ausgang von der Mundrachenhöhle nimmt), zweitens der Brust, wobei der Respirations-Traktus als Invasionsort dient, drittens des Bauches, die vom Darm ausgeht.

Von therapeuthischen Maßnahmen zur Bekämpfung der Aktinomycose wurde in erster Linie das Jodkalium verwendet. Die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Wirkung des Jodkaliums gehen jedoch außerordentlich weit auseinander und es unterliegt keinem Zweifel, daß die chirurgische Behandlung die in der Eliminierung der Pilzmassen aus dem Körper besteht, bei weitem die besten Heilungsresultate zu verzeichnen hat.

Leider ist jedoch der Krankheitsherd in vielen Fällen dem Messer des Chirurgen nicht zugänglich, was zur Hauptsache auch darin seinen Grund hat, daß aktinomycotische Prozesse oft ganz erhebliche diagnostische Schwierigkeiten machen.

Wenden wir uns nun gleich der Aktinomycose des Bauches zu, so ist aus der Literatur zu ersehen, daß die häufigste Prädilektionsstelle für den Strahlenpilz die Ileo-Cöcalgegend ist, also besonders Cöcum und Appendix. Die Häufigkeit der Erkrankung in dieser Gegend beruht zum Teil darauf, daß die mit dem Pilz behafteten Getreidegrannen in den Prozessus vermiformis gelangen, teils auch auf der durch träge Peristaltik bedingten Kotstauung im blinden Ende des Cöcums.

Die aktinomycotischen Herde im Darm präsentieren sich meist in erbsen- bis bohnengroßen Geschwüren, an deren Rändern man oft die Aktinomycesdrusen nachweisen kann. In den meisten Fällen durchbricht der aktinomycotische Prozeß die Darmwand und verursacht dann ausgedehnte bindegewebige Verwachsungen und Verlötungen der Darmschlingen untereinander, ferner solche mit den benachbarten Organen und mit den Bauchdecken. Auch durch den Prozeß verursachte, neue Herde im Abdomen kommen vor und verursachen dann durch verworrene Fistelbildung und das Uebergreifen auf andere Organe ein sehr mannigfaltiges Bild, das allerdings dann durch Weiterverbreitung des Strahlenpilzes auf dem Blutwege und durch massenhafte Metastasenbildung in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle zum Tode führt.

Was den Verlauf der Bauchaktinomycose anbelangt, so wird derselbe in der Literatur teils als akuter und mit schweren Erscheinungen wie Erbrechen, Kolikanfällen usw., teils aber auch als durchaus chronischer beschrieben. Sehr oft findet man die Angaben, daß die Krankheit längere Zeit für eine öfter recidivierende Appendicitis gehalten wurde.

Das erste charakteristische Symptom ist fast immer das Auftreten eines Bauchdeckeninfiltrates, das sich meist in der Ileocöcalgegend zeigt, das aber auch an anderen Stellen des Unterleibs auftreten kann. Die Ausbreitung des Infiltrates kann gut abgrenzbar (tumorartig) sein, sie kann aber auch in diffuser Weise eine ganze Bauchhälfte, ja sogar den größten Teil des Abdomens betreffen. Ganz besonders charakteristisch für diese Art der Infiltrate ist ihre große Härte und ihre geringe Schmerzhaftigkeit. Das Infiltrat erweicht allmählich, es bilden sich Abscesse, die meist spontan zum Durchbruch kommen, wenn sie nicht incidiert werden. Im Eiter, der dabei entleert wird, findet man die Aktinomyceskeime. Die Eiterungen ziehen sich meist über sehr lange Zeit hin und bringen, da sehr oft auch noch Fieber besteht, die Kranken sehr herunter.

Gelangt der Strahlenpilz in das retroperitoneale Bindegewebe, so dringt er in dem lockeren Gewebe meist rasch vorwärts und verursacht große Verwüstungen. Als solche werden beschrieben ausgedehnte Unterminierungen, Zerstörung von Fascien, Knochen und Muskeln, Uebergreifen auf Leber, Milz, Nieren und Genitalien, Durchbruch in Blase und Rektum, Vordringen auf die Oberschenkel, ins Hüftgelenk hinein, Uebergang auf das Zwerchfell, die Pleuren und Lungen, kurz es können alle Teile des Körpers allmählich ergriffen werden.

Die Prognose der Abdominalaktinomycose ist im allgemeinen als eine schlechte zu bezeichnen. Am günstigsten sind noch die allerdings leider seltenen Fälle, in denen der aktinomycotische Prozeß nach Verklebung der Darmschlingen sich in den Bauchdecken lokalisiert und hier dem operativen Eingriff bequemen Zugang bietet. In allen Fällen, in denen es sich um eine ausgedehntere Verbreitung des Prozesses in der Bauchhöhle und besonders also auch um ein Uebergreifen auf das retroperitoneale Gewebe handelt, ist die Prognose wohl als durchaus ungünstig zu bezeichnen. In ganz vereinzelten Fällen ist das Auftreten der Aktinomycose unter dem Bilde der Pyämie beschrieben. Diese Fälle führten durchweg rasch zum Tode.

Im Anschluß an diese kurze Rekapitulation dessen, was ich über die Aktinomycose, speziell die des Darmes in der Literatur gefunden habe, sei es mir gestattet, im Folgenden ausführlich zwei Fälle von Aktinomycose des Cöcums zu beschreiben, die im St. Georgi-Ritter-Ordenskrankenhaus zu Nymphenburg zur Beobachtung kamen, und von denen speziell der zweite sehr viel Charakteristisches darbietet.

Im ersten Fall handelte es sich um eine 42jährige Gastwirtsfrau, die früher angeblich stets gesund gewesen war, abgesehen von einigen Kinderkrankheiten, über die genauere Angaben von der Patientin nicht zu erhalten sind.

Patientin hat sieben Entbindungen durchgemacht, die alle bis auf eine Frühgeburt im 7. Monat normal verlaufen sind. Fünf Kinder leben und sind gesund, eins ist in der ersten Woche nach der Geburt gestorben. Die Familienanamnese ergibt keinerlei Besonderheiten.

Patientin hat seit 8 Tagen keinen Stuhlgang mehr gehabt und wurde von ihrem Hausarzt, der in der rechten Ileocöcalgegend einen mäßig druckempfindlichen Tumor konstatiert hatte, mit der Diagnose „Verdacht auf Appendicitis“ ins Krankenhaus eingewiesen. Der Verdacht auf eine Blinddarmentzündung war wohl deswegen besonders naheliegend, weil die Patientin schon öfter in den letzten Monaten Schmerzen an der genannten Stelle verspürt hatte.

Die Untersuchung ergab eine große, sehr gut genährte und muskelkräftige Frau. Lungen und Herz ohne Besonderheiten,

die Urinuntersuchung ergibt nichts Pathologisches, desgleichen die Untersuchung des Nervensystems.

Das Abdomen ist leicht gespannt. In der rechten Ileocöcalgegend ein schätzungsweise männerfaustgroßer Tumor nachweisbar, der bei der Palpation sich als unabhängig von den Bauchdecken erweist. Die rektale Untersuchung ergibt an gleicher Stelle und von ungefähr gleicher Größe den oben erwähnten Tumor. Die vaginale Untersuchung ergibt normalen Genitalbefund, über die Beschaffenheit des Tumors erhält man durch sie den gleichen Aufschluß wie durch die rektale Untersuchung. Die Temperatur betrug beim Eintritt 37,8°, stieg in der folgenden Nacht auf 38,5° und sank dann innerhalb der nächsten 6 Tage zur Norm herab. Der Puls war dabei andauernd kräftig, vollkommen regelmäßig und in seiner Frequenz zwischen 80 und 96 schwankend. Durch Einläufe wurde am Tag nach dem Krankenhauseintritt Stuhlgang erzielt, die Schmerzhaftigkeit ließ, wohl infolge der Bettruhe, allmählich nach, der Tumor jedoch blieb unverändert. Das Allgemeinbefinden der Patientin war dabei von Anfang an ein durchaus befriedigendes.

Am 6. Tage nach der Aufnahme wurde bei der Pat., da, wie gesagt, die Temperatur inzwischen drei Tage lang vollkommen normal war, der Tumor jedoch in unveränderter Form fortbestand, die Operation vorgenommen.

In Chloroform-Aether-Narkose wird das Abdomen eröffnet. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich im Mesenterium des Ileums und des Cöcums eine harte Geschwulst, die in ihrer Größe den bei der äußeren Untersuchung gemachten Feststellungen entsprach. Bei der Incision der Geschwulst entleerte sich eine gelbliche, zähe Flüssigkeit, in der deutlich Aktinomyceskörner zu erkennen waren. Es wurde die Resektion eines Teiles des Dünndarms mit dem Blinddarm und eines etwa 20 cm langen Stückes des Cöcums vorgenommen. Es folgte die Einpflanzung des Dünndarms in den Querdarm Seit zu Seit. Schluß der Bauchwunde mit Drainage der Höhle seitlich durch die Bauchdecken.

15. I. (1. Tag nach der Operation.) Temperaturanstieg bis 39°, Puls 110 mittelkräftig, regelmäßig. Kein Erbrechen. Morgens und Abends je eine Kochsalzinfusion.

16. I. (2. Tag nach der Operation.) Temperatur 38,8°, Puls zwischen 100 und 110, weniger kräftig als gestern und etwas arythmisch: Digalen-,Campher-Injektion. Subjektives Befinden gut, kein Erbrechen, kein Aufstoßen. Flatus gehen ab.

17. I. (3. Tag nach der Operation.) Temperatur sinkt unter 38°, der Puls jedoch wird weiter beschleunigt und unregelmäßig. Aufstoßen, Flatus gehen nicht mehr ab: Ein- und Auslauf.

18. I. (4. Tag nach der Operation.) Temperatur unter 36°, Puls über 120 und gegen Abend immer schneller werdend. 8 Uhr abends exitus.

Trotz größter Bemühungen unsererseits war die Genehmigung zur Obduktion nicht zu erhalten.

Die Untersuchung des bei der Operation gewonnenen Präparates durch Herrn Prosektor Dr. Oberndorfer ergab die Richtigkeit unserer Diagnose auf Aktinomycose.

Im zweiten Fall handelte es sich um einen 17jährigen Schneider, der in der Jugend mehrfach leichtere Krankheiten durchgemacht hatte, nach seinen Angaben jedoch niemals ernstlich krank gewesen ist. Vater an einem Herzleiden gestorben, Mutter und vier Geschwister angeblich gesund, drei weitere Geschwister an dem Patienten unbekannten Krankheiten in früher Jugend gestorben.

Die jetzige Erkrankung begann vor etwa 5 Wochen mit Schmerzen im Leib, besonders in der rechten Ileocöcalgegend. Es besteht seitdem ständige zunehmende Stuhlträgheit. Seit einigen Tagen sind die Schmerzen bedeutend heftiger, so daß Patient teilweise die Arbeit unterbrechen mußte. Stuhlgang seit drei Tagen nicht mehr erfolgt trotz mehrfacher Verabreichung von Abführmitteln. Da Patient vor etwa einem halben Jahre nach der Aussage des ihn damals behandelnden Arztes „eine Art von Blinddarmentzündung“ durchgemacht hat, glaubt Patient, daß es sich auch jetzt wieder um die gleiche Erkrankung handelt.

Die Untersuchung zeigt bei dem mittelkräftigen, nicht besonders gut ernährten und etwas anämischen jungen Manne an Kopf und Hals nichts besonderes. An den Lungen ist eine geringgradige linksseitige Spitzen-Infiltration auskultatorisch und perkutorisch nachweisbar. Anamnestisch ist jedoch von Patienten hierüber nichts weiter zu erfahren. Das Herz zeigt eine geringgradige Verlagerung des Spitzenstoßes nach außen. Die Grenzen sind jedoch sonst normale, die Aktion regelmäßig, die Töne über allen Ostien rein. Der Puls ist kräftig und regelmäßig bei etwa 80—84 Schlägen in der Minute.

Das Abdomen ist nicht aufgetrieben. Die Palpation ergibt in der rechten Ileocöcalgegend eine von der Darmbeinschaufel ausgehende, etwa handtellergroße Resistenz, welche auf Druck schmerzhaft ist. Leber und Milz nicht vergrößert, auch sonst das Abdomen ohne pathologischen Befund. Die rektale Untersuchung zeigt, daß der von außen gefühlte Tumor mit dem Becken in keinem Zusammenhang steht.

Die Urinuntersuchung ergibt keinerlei pathologischen Befund.

Die Temperatur ist etwas erhöht (abends 37,7 °).

Therapie: Bettruhe, Eisblase, Einlauf.

14. VI. Subjektives Befinden unverändert. Appetit gut, kein Erbrechen, Stuhlgang nicht erfolgt. Der objektive Befund ist unverändert, die Temperatur jedoch ist zur Norm zurückgekehrt

(morgens 36,7, abends 36,2°). Der Puls ist vollkommen regelmäßig (80) und kräftig.

Therapie: wie gestern.

15. VI. Die Schmerzhaftigkeit im Abdomen ist erheblich größer geworden, Stuhlgang ist immer noch keiner erfolgt. Auch der objektive Untersuchungsbefund zeigt keinerlei Veränderung gegen gestern. Die Temperatur ist morgens 36,5°, der Puls 84 kräftig und regelmäßig. Es wird dem Patienten die Operation vorgeschlagen, mit der er einverstanden ist.

In Chloroform-Aether-Narkose wird die Bauchhöle eröffnet, wobei sich ein reichlich mannsfaustgroßer Tumor präsentiert, der nach der medialen Seite vom aufsteigenden Colon nach der lateralen und hinteren Seite von der Bauchwand und nach vorne von dem herübergeschlagenen Netz bedeckt ist. Nach Freilegung des Tumors entleeren sich krümmelige und eiterige Massen, welch letztere massenhaft Körnchen enthalten. Die Darmwand des Colon selbst erscheint intakt, der Tumor selbst geht nach der medialen Seite mehr in das ziemlich lang entwickelte Mesocolon ascendens über. Auskratzung und Tamponade.

16. VI. Allgemeinbefinden des Patienten verhältnismäßig gut, Morgentemperatur 37,0°, Abendtemperatur 38,6°. Puls etwa 90, kräftig und regelmäßig.

Die Untersuchung des bei der Operation aufgefangenen Eiters ergibt deutlich Aktinomycesdrusen (Herr Prosektor Dr. Oberndorfer).

17. VI. Die Temperatur ist zur Norm zurückgekehrt, der Puls ist andauernd kräftig und regelmäßig. Das subjektive Befinden des Patienten ist durchaus zufriedenstellend. Die Sekretion der Wunde ist sehr stark; Verbandwechsel.

18. VI. Subjektives Befinden vorzüglich, Appetit gut, Stuhlgang noch nicht erfolgt. Temperatur normal, desgleichen der Puls.

19. VI. Neuerlicher Temperaturanstieg auf 38,2°. Verbandwechsel, hierauf Rückkehr der Temperatur zur Norm.

24. VI. Das subjektive Befinden des Patienten ist andauernd zufriedenstellend. Puls und Temperatur sind normal, die Sekretion der Wunde wird geringer.

29. VI. Die Wunde beginnt auszugranulieren, im Uebrigen ist das Befinden des Patienten objektiv und subjektiv ganz ausgezeichnet.

3. VII. Von heute ab dreimal 0,5 Jodkalium. Der Zustand der Wunde ist im wesentlichen unverändert, die Sekretion erfordert dreitägigen Verbandwechsel. Das Subjektive Befinden des Patienten ist ein gutes, doch macht die Stuhlentleerung fortgesetzt große Schwierigkeiten.

15. VII. Die Wunde ist fast vollständig zugranuliert bis auf zwei in die Tiefe führende Fisteln, aus denen sich fortgesetzt Eiter entleert.

23. VII.—28. VII. Patient macht eine heftige Angina durch, von der er sich jedoch vollständig erholt.

3. VIII. Das subjektive Befinden des Kranken ist wieder ausgezeichnet. Die Temperatur ist andauernd vollkommen normal, desgleichen der Puls. Nur ist zur Erzielung einer regelmäßigen Stuhlentleerung fortgesetzt Nachhilfe mit Laxantien erforderlich. Der Zustand der Wunde ist in letzter Zeit ganz unverändert geblieben. Die obenerwähnten beiden Fisteln lassen sich etwa 6—8 cm tief verfolgen und sondern fortgesetzt größere Massen von Eiter ab.

16. VIII. Die Wunde ist oberflächlich vernarbt, die Fistelgänge bestehen unter der Oberfläche fort: Auskratzung derselben mit dem scharfen Löffel.

21. VIII. Da sich bei dem Patienten Jodismus in Gestalt von heftigen Schnupfen und sehr starker Konjunktivitis bemerkbar macht, wird die Jodtherapie ausgesetzt.

5. IX. Patient hat sich von den durch die Jod-Therapie verursachten Josismuserscheinungen wieder vollkommen erholt. Appetit ausgezeichnet, Temperatur und Puls andauernd normal. Nur die Wunde zeigt immer noch keine Tendenz zur vollständigen Heilung. Die Fisteln haben sich zwar zeitweise geschlossen, brechen aber immer wieder auf. Patient wird ungeduldig und verlangt seine Entlassung aus dem Krankenhaus. Er läßt sich jedoch bestimmen, eine Spaltung der Fistelgänge in Narkose vornehmen zu lassen.

7. IX. In Chloroform-Aether-Narkose Spaltung der Fistelgänge, wobei sich eine größere Eiteransammlung zwischen Peritoneum und Fascia transversa zeigt. Bauchhöhle intakt.

9. IX. Temperaturanstieg auf 38,3° (Morgens) bezw. 38,5° am Abend. Puls 96, kräftig und regelmäßig, die Untersuchung der Lungen, des Halses und des Urins ergeben keinerlei pathologischen Befund.

11. IX. Die Temperatur ist immer noch nicht ganz zur Norm zurückgekehrt, dabei ist das subjektive Befinden des Kranken durchaus befriedigend.

14. IX. Temperatur wieder normal, Puls regelmäßig. Die Wunde granuliert gut zu, das subjektive Befinden ist sehr gut. Neuerlicher Versuch mit Jodkalium.

17. IX. Heute neuerlicher Eiterdurchbruch, die beiden Fisteln bestehen wieder, wie vor der Operation am 7. IX. Therapie: Höllensteinätzung.

3. X. Bei ausgezeichnetem subjektivem Befinden und vollkommen normaler Temperatur und normalem Puls bestehen die

Fisteln weiter fort. Es wird deshalb heute eine neuerliche Auskratzung derselben mit dem scharfen Löffel vorgenommen.

8. X. Die soeben erwähnte Auskratzung der Fisteln mit dem scharfen Löffel hat leider wiederum keinen dauernden Erfolg gebracht, die Sekretion ist zwar nicht gerade erheblich, doch besteht sie unausgesetzt fort.

19. X. Da sich neuerdings Erscheinungen von Jodismus bemerkbar machen, wird, da ohnehin von der Joddarreichung eine Einwirkung auf den Heilungsprozeß nicht zu konstatieren ist, die Jodtherapie wieder ausgesetzt.

30. X. Der Zustand des Kranken ist immer der gleiche. Nachdem auf die Aussetzung der Jodtherapie hin das subjektive Befinden des Patienten wieder ganz zufriedenstellend geworden ist, sind es nur noch die immer und immer wieder aufbrechenden Fistelgänge, die ein Verweilen des Patienten im Krankenhaus erforderlich machen.

12. XI. Die Fisteln waren seit zwei Tagen scheinbar vollkommen geheilt und Patient sollte morgen entlassen werden. Da erfolgt heute wiederum ein Eiterdurchbruch, der eine sofortige neuerliche Auskratzung mit dem scharfen Löffel erforderlich machte.

25. XI. Die Fistelgänge trotzen nach wie vor jeder Therapie. Eine nochmalige Spaltung derselben in Narkose wird vom Patienten abgelehnt und so bleibt nichts übrig, als die spontane Ausheilung der Fisteln abzuwarten.

3. XII. Abendtemperatur 39,2°, Seitenstechen, Husten, Patient hat eine diffuse Bronchitis, die sich unter entsprechender Therapie innerhalb von 4 Tagen wieder behebt.

16. XII. Die Eitersekretion ist ganz erheblich geringer geworden. Verbandwechsel ist nur mehr alle 4—5 Tage erforderlich. Die Fistelgänge scheinen jetzt endlich zur Heilung zu kommen.

20. XII. Die Hoffnung auf eine baldige Heilung hat sich leider als trügerisch erwiesen. Die Sekretion ist neuerdings ganz bedeutend stärker geworden, so daß heute wiederum mit dem scharfen Löffel ausgekratzt werden mußte, da sich der Kranke den Vorschlägen, die Fisteln noch einmal in Narkose gründlich spalten zu lassen, gegenüber strikte ablehnend verhielt.

4. I. Das Befinden des Patienten ist fortgesetzt ein gutes. Temperatur und Puls sind andauernd vollkommen normal, der Appetit ist gut und nur die Stuhlentleerung, die trotz aller Versuche nicht von selbst in regelmäßiger Weise zu erreichen ist, beeinträchtigt in geringem Maße das subjektive Wohlbefinden des Kranken. Auch die Fistelgänge werden jetzt entschieden kleiner, die Eitersekretion ist verschwindend klein geworden und die Aussicht, daß Patient in absehbarer Zeit geheilt entlassen werden kann, rückt scheinbar in greifbare Nähe.

25. I. Wiederum ist die für einen der nächsten Tage in Aussicht genommene Entlassung des Kranken unmöglich geworden, da ein neuerlicher Eiterdurchbruch erfolgt ist.

10. II. Da die Fisteln keinerlei Tendenz zeigen, sich zu schließen, wird heute wieder eine Auskratzung mit dem scharfen Löffel vorgenommen.

18. II. Das subjektive Befinden des Kranken ist jetzt dadurch erheblich besser geworden, daß es endlich gelungen ist, eine regelmäßige spontan erfolgende Stuhlentleerung zu erreichen. Temperatur und Puls sind fortgesetzt vollkommen normal. Auch die Fistelgänge sondern immer weniger Eiter ab.

7. III. Das Befinden des Kranken ist andauernd ein vorzügliches, er wird, da die Fistelgänge nur mehr ganz geringe Erscheinungen machen, auf seinen Wunsch aus dem Krankenhause entlassen.

Gelegentlich der Abfassung dieser Arbeit wurde der Patient gebeten, sich noch einmal im Krankenhause vorzustellen. Dabei zeigte sich die Bauchwunde vollkommen vernarbt. Die Fisteln waren nach Angabe des Mannes etwa 3 Monate nach seinem Krankenhausaustritt spontan geheilt und hatten seitdem nicht die geringsten Beschwerden mehr gemacht. Der Mann ist imstande, seinem Beruf als Schneider ungestört wieder nachzugehen, nur erzählte er, daß in den ersten Wochen nach Aufnahme der Arbeit sich bei längerem Treten der Nähmaschine Schmerzen in der Gegend der Narbe, sowie eine auffallend rasche Ermüdbarkeit des rechten Fußes einstellten. Jetzt hat sich auch das behoben und wir haben wohl den Grund anzunehmen, daß es sich um einen Fall von Dauerheilung handelt.

Wenn wir die beiden oben beschriebenen Fälle überblicken, so ist ja leider der erste Fall zu wissenschaftlichen Zwecken nur in sehr beschränktem Maße heranzuziehen, da uns, wie gesagt, die Obduktion verweigert wurde, die sicherlich noch sehr interessante Aufschlüsse über das Krankheitsbild gegeben haben würde. Demgegenüber ist der zweite allerdings ja ganz wesentlich leichtere Fall zu verschiedenen Betrachtungen wohl geeignet. Was zunächst die Diagnose anlangt, so ist auch hier wieder, wie ich es in der Literatur so oft finden konnte, zunächst an eine Blinddarmentzündung gedacht worden. Freilich ist es ja hinterher nicht zu entscheiden, ob die im Fall II von dem Kranken anamnestisch angegebene Erkrankung nicht vielleicht doch eine leichte Appendicitis gewesen ist. Jedenfalls aber wurden die Krankheitserscheinungen wegen deren die Patienten dem Krankenhaus überwiesen wurden, als Symptome von Appendicitis angesehen.

Bezüglich der Aetiologie ist noch zu erwähnen, daß sich für die Uebertragung des Aktinomycespilzes durch irgend einen

Fremdkörper in keinem der beiden Fälle sichere Anhaltspunkte finden ließen.

Was die Therapie anlangt, so bietet nach dieser Richtung hin der Fall II mehrere interessante Beobachtungen. Zunächst hat es sich gezeigt, daß die Jodtherapie einen sichtbaren Erfolg nicht zu erzielen vermochte, eine Erkenntnis, die sich ganz mit den eingangs erwähnten skeptischen Auslassungen in der Literatur deckt. Gewiß hat ja auch die chirurgische Therapie keinen prompten Erfolg aufzuweisen gehabt, aber letzten Endes ist der Mann doch als geheilt zu betrachten. Wenn man nämlich die Literatur auf Spontanheilungen nach derartigen Eingriffen durchforscht, so findet man eine ganze Reihe von Fällen, bei denen langwierige und jeder Behandlung trotzende Fisteln bis zu 5 Jahren bestanden haben. Es ist somit in unserem Falle die Heilung der Fisteln noch verhältnismäßig bald erfolgt.

Es dürfte somit der von mir oben beschriebene Fall II als ein Erfolg der chirurgischen Therapie bei Aktinomycose, speziell derjenigen des Darmes, aufzufassen sein.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. von Angerer für die Uebernahme des Referates, sowie Herrn Oberarzt Dr. Schindler für die Ueberlassung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

O. v. Bollinger, Ueber eine neue Pilzkrankheit beim Rinde, Zentralbl. für Mediz. Wissenschaften 1877 Nr. 27.

C. O. Harz, Aktinomyces bovis, ein neuer Schimmelpilz in den Geweben des Rindes. Jahresbericht der K. Zentraltierarzneischule in München 1879. Deutsche Zeitschrift für Tiermedizin.

James Israel, Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mykosen des Menschen. Virchows Archiv. Band 74, 1878. Neue Beiträge zu den mykotischen Erkrankungen des Menschen. Virchows Archiv Bd. 78. 1879.

Illich, Beitrag zur Klinik der Aktinomycosa. Wien 1892.

G. Hesse, Ueber Aktinomycose, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1892, Band 34.

P. Leopold Friedrich, Tuberkulin und Aktinomycose. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, 1896, Band 43.

Conrad Abée, Drei Fälle von tötlich verlaufener Aktinomycose, Beiträge zur Pathologischen Anatomie und zur allgemeinen Pathologie 1897, Band 22.

Berestneff, Die Aktinomycose und ihre Erreger, Referat von Th. Tschistowitsch in Virchow's Archiv. 1898. Band 152.

Roman v. Baracz, Ueber die Aktinomykose des Menscheu auf Grund eigener Beobachtungen. Archiv für klinische Chirurgie. 1902, Band 68.

M. Zondek, Beitrag zur Lehre von der Bauchaktinomycose. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1903. Band 69.

S. Kashiwamura, 4 Fälle von primärer Lungen Aktinomycose, Virchow's Archiv. 1903. Band 171.

Gustav Fütterer, 1 Fall von Aktinomycose der Lunge, der Leber und des Herzens beim Menschen, Virchow's Archiv. 1903. Band 171.

Ernst Bending, Ueber einen Fall primärer vom Wurmfortsatz ausgehender Bauchaktinomycose Dissertation Leipzig 1904.

Reinhold Löwe, Statistisches und Klinisches zur Kenntnis der Aktinomycose des Wurmfortsatzes und des Cöcums. Dissertation Greifswald 1903.

Gerhard Kieseritzky und Leo Bornhaupt, Ueber einige unter dem Bilde der Aktinomycose verlaufende Affektionen, Archiv für klin. Chirurgie 1905, Bd. 76.

Ludwig Wrede, Ueber hämatogene Osteomyelitis durch Aktinomycose, Archiv für klin. Chirurgie 1906, Bd. 80.

Schlagenhaufer, Beiträge zur pathologischen Anatomie der Aktinomycose beim Menschen. Virchow's Archiv 1906, Band 184.

Maier, Beitrag zur Kenntnis der cirkumskripten Intestinalaktinomycose (Referat von Gutzeit aus der Prager Mediz. Wochenschr. 1906, Nr. 45) Zentralbl. f. Chirurgie 1907 Nr. 41. 34. Jahrgang.

W. Körte, Die Aktinomycose des Darmes. Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann und von Bruns, 3. Auflage 1907, Band 3, Kapitel 44.

Richard Baum, Ein Beitrag zur Aktinomycose Berliner Klinische Wochenschrift, 45. Jahrgang. 1908. Nr. 5.

Burkhardt, Kombination von Aktinomycose und Adenokarzinom (Referat von Deetz aus dem Zentralblatt für Bakteriologie, Band 46), Zentralblatt für Chirurgie. 1908. 35. Jahrgang, Nr. 26.

H. Shiota. Beitrag zur Kenntnis menschlicher Aktinomycose, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1909, Band 101, 3. u. 4. Heft.

N. F. Lesnew, Ein Fall von Blinddarmaktinomycose (Referat von Glückel aus der Wratschebnaja Gazeta. 1908, Nr. 49) Zentralblatt f. Chirurgie. 1909. 36. Jahrgang. Nr. 8.

Hubicki, Ein Fall von multilokulärer Knochen-Aktinomycose (Referat von A. Wertheim aus der Festschrift für Dr. Sawicki, Warschau), Zentralblatt für Chirurgie 1910, 37. Jahrgang Nr. 31.

Ferdinand Widal, Le cerodiagnistic de l'actinomycose) Referat von Neugebauer aus dem Bulletin de l'académie de medecine 1910, Nr. 18) Zentralblatt für Chirurgie 10. 37. Jahrgang, Nr. 49.

Lebenslauf.

Ich wurde geboren am 8. Oktober 1884 zu Ludwigshafen am Rhein. Ich besuchte die Volksschule daselbst, sowie das Realgymnasium in Mannheim, welch letzteres ich im Juli 1903 absolvierte. Ich kam hierauf zum Studium der Medizin an die Universität nach München, wo ich im Wintersemester 1906/07 das Tentamen physicum bestand. Im Sommersemester 1907 studierte ich an der Universität zu Kiel und vom Wintersemester 1907/08 wieder an der Universität München. Hier bestand ich im Juni 1910 die ärztliche Staatsprüfung. Während meiner klinischen Semester war ich als Koassistent bei Professor Dr. Klaußner an der chirurgischen Poliklinik, Professor Dr. Amann, an der II. gynäkologischen Klinik, bei Herrn Professor Dr. von Sicherer in dessen Augenambulatorium, ferner bei Herrn Geheimrat Professor Dr. von Bauer an der I. medizinischen Abteilung des städtischen Krankenhauses l. d. I. tätig. Während meines praktischen Jahres war ich in den ersten sechs Monaten im St. Georgi-Ritter-Ordens-Krankenhaus zu Nymphenburg (Oberarzt Dr. Schindler), in den übrigen sechs Monaten in der Kinderpoliklinik (Prof. Dr. Seitz). Die Approbation als Arzt wurde mir am 22. Juni 1911 erteilt. In den Monaten Juli, August und September 1911 war ich als Volontär-Assistent an der Otiatrischen Abteilung des städt. Krankenhauses l. d. I. (Prof. Dr. Wanner) tätig. Im Monat Oktober 1911 war ich als Teilnehmer der Ferienkurse für praktische Aerzte an der kgl. Charité in Berlin. Zurzeit bin ich im Begriff, die Praxis des aus Gesundheitsrücksichten sich zurückziehenden praktischen Arztes Dr. med. Kandetzki in Grassau bei Marquartstein (Oberbayern) zu übernehmen.